Aus der Universitätsklinik
für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Marburg (Lahn).
Professor Dr. Ruete.

Ueber Fälle von Gonorrhoe bei Knaben und ihre medizinisch-gerichtliche Beurteilung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Zahnheilkunde

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität zu Marburg

vorgelegt von

Anton Hilbert Oernwigh
aus Malmö (Schweden).

Marburg.
R. Friedrich's Universitäts-Buchdruckerei (Inhaber Karl Gleiser).
1925.

Angenommen von der Medizinischen Falkultät Marburg
am 3. August 1925.

Gedruckt mit Genehmigung der Falkultät.

Referent: Professor Dr. Ruete.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Literaturverzeichnis.

Van Calker, Fritz, Strafrecht, 2. Aufl.

Casper-Liman, Handbuch der gerichtlichen Medizin.

Epstein, Im Handbuch der Kinderheilkunde von Prof. M. Pfaundler u. A. Schloßmann.

Frank, R., Strafgesetzbuch f. d. Deutsche Reich, 3. u. 4. Aufl.

Gumpert, Martin, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1924, Nr. 47, Seite 1619.

Harris, Glasgow med. Journal 2 p. 127. 94.
Case of suspected gonorrhea in a young boy, with peculiar source of infection a caution.

v. Hofmann, R., Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

Holt, E. L., Gonococcus infection in children, with especial reference to their prevelance in institutions and means of prevention. New-York med. Journal M. 1905.

Mapes, Jahresbericht über die Fortschritte der Medizin, 1916, S. 510.

Noeggerath, E., Die Urogenithalerkrankungen der Kinder.

Olshausen, Kommentar zum Strafgesetzbuch, I, II.

Pfanndler, N. u. Schloßmann, A., Handbuch der Kinderheilkunde.

Pannier, Karl, Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich (Textausgabe mit kurzen Anmerkungen und Sachregister).

Riecke, Erhard, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten.

Reinhard, Jahresbericht über die Fortschritte der Medizin, 1914, S. 608.

Rona, S., Ueber Aethiologie und Wesen der Urethritis catarrhalis der Kinder männlichen Geschlechts. Arch. f. Derm. u. Syph., Wien.

Schoenfeld, W., Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 25, 50. Jahrgang.

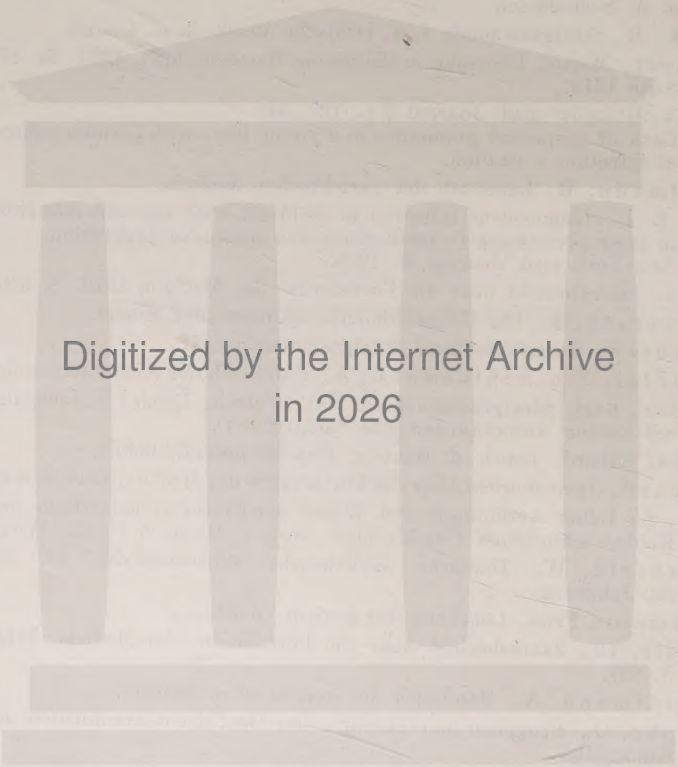
Straßmann, Fritz, Lehrbuch der gericht. Medizin.

Schwift, Th., Jahresbericht über die Fortschritte der Medizin, 1913, S. 837.

Schmidtmann, A., Handbuch der gerichtlichen Medizin.

Stümpke, G., Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter.

Wulffen, E., Der Sexualverbrecher.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556025_0097

Die Erfahrungen langer Jahre haben uns gelehrt, daß die Gonorrhoe als eine gefährliche Erkrankung anzusehen ist, welche — allerdings mit Ausnahmen —, die Natur nicht selbst zu heilen vermag. Sie untergräbt die Gesundheit einer großen Anzahl von Menschen und kann sogar durch ihre Folgeerscheinung z. B. die Strikturen der Harnröhre, Pyelitis, Endokarditis, bei Frauen Salpingitis, Peritonitis und dergl., eine direkte Todesursache werden. Dem Arzt bereitet diese Krankheit mancherlei Schwierigkeiten, von dem Laien aber ist sie leider nicht besonders gefürchtet. Dies erklärt wohl ihr häufiges Vorkommen, macht doch eine große Anzahl Personen beiderlei Geschlechts eine Gonorrhoe durch.

Die Gonorrhoe kleiner Kinder ist leider auch erschreckend häufig und verbreitet. Die häufigste Art der Entstehung der Gonorrhoe im Kindesalter, besonders bei Mädchen, ist die Uebertragung des Gonokokkus durch mit gonokokkenhaltigem Eiter behaftete Finger, Nachtgeschirre, Schwämme usw.; die Gonorrhoe kann auf diese Weise zur Plage ganzer Familien und Krankenabteilungen werden.

Ueber die Gonorrhoe bei Knaben sagt Stümpke in seinem Lehrbuch: „Die Tripperinfektion spielt bei Knaben bei weitem nicht die Rolle wie bei kleinen Mädchen, da offenbar die anatomischen Verhältnisse (Präputium) eine Infektion nicht gerade in dem Grade begünstigen wie die ohne Schutz zu Tage liegenden äußeren Genitalien des weiblichen Geschlechts". Nach Stümpke kann der Tripper der Knaben wie die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen durch Unsauberkeit (Wäsche,

Bad, Abtritt) entstehen, aber auch vor allem in der ärmeren Bevölkerung durch direkte Berührung mit Erwachsenen übertragen werden. Cnopf ist der Ansicht, daß selten die Gonorrhoe auf ein Sittlichkeitsverbrechen oder gegenseitiges Betasten zurückgeführt werden kann, fast in 98% der untersuchten Fälle war es das gemeinsame Benutzen von Betten, Wäsche, Schwämmen oder die Unreinlichkeit von Wärterinnen, möglicherweise auch gemeinsames Baden, wodurch die Infektion vermittelt wurde. Häufig blieb die Infektionsquelle ganz unbekannt. Exanthematische Prozesse, speziell Scharlach schienen die kindliche Genitalschleimhaut besonders empfänglich für Gonokokkeninfektion zu machen. Rona sagt, daß es bei Knaben wie bei Mädchen in gleicher Weise auch ohne geschlechtliche Berührung durch äußere alltägliche Momente zu einer Gonorrhoeinfektion kommen kann. Es sei nur darauf hingewiesen, daß natürlich die Harnröhre von Knaben ebenso empfänglich für Gonokokken ist wie der Scheideneingang und die Scheide kleiner Mädchen, nur wird die Harnröhre von kleinen Knaben ihrer geringen Zugänglichkeit wegen weniger häufig von Tripper befallen.

Stümpke führt in seinem Buch „Prognose und Theraphie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter“ einige Fälle von Knabentripper an. Er erwähnt darin einige von anderen Autoren berichtete Fälle von Knabentripper. So führen Smitt und Mac Kee eine gonorrhoische Urethritis bei einem 17 Monate alten Knaben an, der wahrscheinlich durch Unsauberkeit einer Pflegerin infiziert war. Reinhard beschreibt in demselben Buch eine typische Gonorrhoe der Harnröhre bei einem knapp 4 Wochen alten Knaben. Nach der Ansicht des Autors ist die Infektion offenbar während der Geburt von der Scheide der Mutter aus erfolgt; interessant war das Freibleiben der Augen. In der Zeitschrift „Glasgow med. Journal“ wird ein eigentümlicher Fall angeführt, wo ein 14 jähriger Knabe, der geschlechtlich durchaus unschuldig war, durch Tragen einer fremden Badehose sich mit Tripper infizierte.

Eine andere Entstehungsursache ist die direkte Uebertragung der Gonorrhoe von Erwachsenen auf das Kind, besonders in sozial schlechten Verhältnissen durch Zusammenschlafen der Kinder, „familiäre Bettgemeinschaften", mit gonorrhoe-infizierten Männern und Frauen. Hier ein markanter Fall aus der D. M. W. 1924 von Martin Gumpert:

„Hans P., 10 Jahre, wird wegen einer Gonorrhoe eingewiesen. Aus dem Bericht der Schulärztin geht folgendes hervor: Vater Rohrleger, hat immer verdient, gibt zu Hause wenig ab. Mutter vor 14 Tagen an Tuberkulose gestorben. Acht Kinder. von denen mehrere Erwachsene arbeiten, teilweise erschreckend elend. Bei zwei Mädchen (14 und 8 Jahre), ebenfalls positiver Gonokokkenbefund. Die ganze Familie geht in Lumpen und ist verlaust. Sie wohnt in einer Laube, die aus Schlafraum und Küche besteht. Zwei Betten, ein Kinderdrahtbett, ohne jede Bezüge. In diesen 3 Betten schlafen 9—10 Personen, darunter die bisher tuberkulöse Mutter und die 3 gonorrhoekranken Kinder. Infektionsquelle nicht ermittelt".

W. Schönfeld in Greifswald schreibt in der D. W. M., Jahrgang 50, 1924," daß Kinder schon in früher Jugend vor dem Schulalter und während des Schulalters vor der Geschlechtsreife geschlechtlich miteinander verkehren können, sind heute wohl der Allgemeinheit der Aerzte und der Erzieher nicht so unbekannte Tatsachen. Seinerzeit, 1895, machte Stekel in einem Aufsatz über „Koitus im Kindesalter" in den Wiener medizinischen Blättern weite ärztliche Kreise auf derartige Vorkommnisse aufmerksam. Solche Fälle haben immer nur vereinzelt bestanden. Uns selbst sind auch Fälle aus der Zeit vor dem Kriege bekannt, bei denen Kinder von sozial höher stehenden Schichten beteiligt waren. Die größere Verbreitung des geschlechtlichen Verkehrs unter Kindern aber, eine Verbreitung, die man natürlich aus naheliegenden Gründen nicht genau erfassen kann, ist wohl als eine Begleiterscheinung unserer durch die Verarmung und Verelendung unseres Volkes

bedingten zozialen Mißständen aufzufassen, Umstände, die zur Verbreitung erworbener Geschlechtskrankheiten bei Kindern ebenfalls beigetragen haben dürften. Im Sinne dieser Ausführungen scheinen mir die beiden folgenden Gruppen von Tripper- und Syphilisfällen zu sprechen.

1. Gruppe „Tripperfälle".

1. Otto Z. aus St., 6 Jahre, Aufnahme 2. März 1923. Vater Hofbesitzer. Eltern gesund, ebenso 2 Schwestern (10 und 1 Jahr alt), gute soziale Verhältnisse.

Tripper der vorderen Harnröhre: Gc +; seit 14 Tagen wird von den Eltern der Ausfluß bemerkt. Uebertragung von Fall 2, seiner täglichen Spielkameradin.

2. Martha E. aus St., 7 Jahre, Aufnahme 5. März 1923. Eltern leben, gesund. Vater Tagelöhner auf dem Hof bei Z. Keine weiteren Geschwister. Vulvo-vaginitis gonorrh. Gc. in Harnröhre, Scheideneingang und Scheide. Hymen unversehrt. Sie erzählt der Schwester, daß sie mit Otto wiederholt gespielt habe, und sie ihre Geschlechtsteile in enge Berührung gebracht hätten. Sie selbst und andere Mädchen, darunter die Grete K. (Fall 3) hätten schon vorher auf dem Abort Aehnliches gemacht.

3. Grete K. aus St., 12 Jahre alt, Aufnahme 3. März 1923. Beide Eltern gesund. Vater Waldarbeiter. Hymen unversehrt. Schläft mit einer 17 jährigen Schwester in einem Bett zusammen, die an Tripper erkrankt ist. Sie bestätigt die Angaben der Martha E. Zwei weitere Mädchen dieses Spielkreises aus demselben Dorfe waren bereits in ärztlicher Behandlung wegen Vulvo-vaginitis gonorrhoica".

Schönfeld hält diese Fälle für einen Beweis dafür, daß Geschlechtskrankheiten bei Kindern nicht immer unmittelbar oder mittelbar von einem Erwachsenen in der engeren oder weiteren Umgebung des Kindes herrühren müssen, sondern sich auch von Kind zu Kind unmittelbar durch Spielen an den Geschlechtsteilen oder durch den Geschlechtsverkehr übertragen können. Letzten Endes ist natürlich der Ausgangs-

herd meist ein Erwachsener mit ansteckender Geschlechtskrankheit. Er hält daher für nötig, in Fällen von Geschlechtskrankheiten unter Kindern, deren Uebertragungsweise recht unklar liegt und auch mit experimentellen Erfahrungen (Uebertragung durch Badewasser und dergl.) nur gezwungen zu erklären ist, bei gleichgeschlechtlichen Kindern an eine naheliegende Art der Uebertragung wie unmittelbares Spielen an den Geschlechtsteilen oder bei verschiedenen geschlechtlichen auch an geschlechtlichen Verkehr zu denken.

Was die Häufigkeit der Gonorrhoe im Kindesalter angeht, so hält Cnopf sie für durchaus nicht so selten. Er führt an, daß die Zahlen aus den Kinderspitälern hinter der Wirklichkeit zurückstehen. Nach seiner Meinung erkranken Kinder unter 6 Jahren häufiger, auch die erschwerenden Komplikationen treffen in der Mehrzahl der Fälle Kinder unter 6 Jahren. Nach Pott befällt die Krankheit Kinder jeden Lebensalters, sie ist jedoch am häufigsten von der Geburt an bis zum fünften Jahre. „Immerhin", sagt Stümpke, „ist der Tripper bei Knaben nicht so selten, daß nicht jeder Spezialarzt oder Krankenhausarzt doch in langjähriger Praxis den einen oder den anderen Fall davon zu sehen bekäme". Er selbst habe im Krankenhaus II Hannover 1911—1918 etwa 7 Fälle von Gonorrhoeinfektionen bei Knaben gesehen, welche letztere im Alter von 5—10 Jahren standen. A. Schloßmann führt eine Statistik von Pott an über die Untersuchung von 3921 Kindern. Es wären 44 mit Gonokokken infiziert, von denen 27 im Alter von 0—5 Jahren standen. Epstein meint, daß die Zeit zwischen dem 2. und 4. Lebensjahre nicht besonders prädisponierend ist, daß vielmehr bei zahlreichen Fällen, die dem Arzt zugeführt werden, die Infektion aus der allerersten Lebenszeit stamme, aber erst, wenn das Kind zu laufen beginne, bemerkt werde.

Was die Symptone und den Verlauf betrifft, so gibt sich die Gonorrhoe im acuten Stadium sowohl bei Mädchen wie bei Knaben durch Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit

der Genitalien, begleitet von der Absonderung mehr oder weniger dicken, gelben Eiters zu erkennen. Im Sekrete sind Gonokokken in reicher Anzahl nachzuweisen.

Nach der Beobachtung Stümpkes verlaufen die Erkrankungen bei Knaben durchaus milde, zeigen keinerlei Komplikationen und bleiben auch, was Nachuntersuchungen geklärt haben, frei von Rezidiven. Die Dauer der Krankenhausbehandlung beträgt 4—5 Wochen. Die klinischen Erscheinungen der frischen Knabengonorrhoe sind denen beim Erwachsenen ähnlich. Im Beginn sind sie zuweilen etwas stürmischer als beim Erwachsenen wegen der nicht allzu seltenen komplizierenden Balanitis. Ist diese indes unter konservativen Maßnahmen zurückgegangen, oder sind durch Zircumzision günstige Verhältnisse geschaffen, dann beobachtet man auch bei Knaben häufig folgendes Bild: „Mäßig geschwollene Glans, etwas gerötete Harnröhrenmündung, Absonderung eines eitrigen Sekrets aus der Urethra, vereinzelt leichte Temperatursteigerungen. Dazu als hauptsächlichste subjektive Klagen: Schmerzen bei der Harnentleerung. Mikroskopisch ist der Neissersche Gonokokkos leicht in typischer Lagerung und in frischen Fällen sehr zahlreich nachgewiesen worden". In dem Falle Reinhard war die Gonorrhoe des vier Wochen alten Knaben durch Epididymitis und Gonitis kompliziert; die Gonorrhoe trat 12 Tage nach der Geburt des Kindes auf und führte unter rapidem Kräfteverfall innerhalb einiger Wochen zum Exitus. Nach Rudski soll die Gonorrhoe der Knaben häufig einen langen und schweren Verlauf nehmen. Verfasser konnte in einem Fall trotz regelrechter Behandlung noch am 130sten Krankheitstage Gonokokken nachweisen. Ebenso behauptet Hofmann, daß in den von ihm untersuchten Fällen von Gonorrhoe bei kleinen Knaben die acuten Erscheinungen sehr heftig und schmerzhaft waren und die Sekretion viele Wochen lang anhielt. Nach Dudelski ist der Verlauf der Urethritis gonorrhoica bei Knaben, im Gegensatz zu der nicht spezifischen Urethritis, die sich durch

schnellen Verlauf auszeichnet, mitunter hartnäckig; bei vielen Knaben ist sie nach seinen Erfahrungen sehr oft mit Balanitis kompliziert. Cnopf meint, daß meist die Genital- seltener die Conjunktivalschleimhaut die primär affizierte Stelle ist. Aus dem Säuglingsheim zu Solingen berichtet Bremer über einen Fall von Gonokokkensepsis eines 8 Tage alten bei der Geburt infizierten Knaben. Auf die zunächst erworbene Augengonorrhoe folgten gonorrhoische Gelenkentzündungen an Armen und Beinen, welchen das Kind unter zunehmendem Kräfteverfall erlag. Der Eiter aus den Gelenken zeigte im Ausstrichpräparat zahlreiche Gonokokken. In dem Jahresbericht über die Fortschritte der Medizin 1913 beschreibt Th. Schwift zwei Fälle von gonorrhoischer Infektion der Mundhöhle bei Neugeborenen im Alter von 10 und 12 Tagen. Objektiv waren ausgedehnte Beläge und Ulcerationen, mikroskopisch und kulturell waren Gonokokken nachweisbar. Die Affektion verlief sehr rasch und günstig und endete mit völliger Genesung. Die Gründe für den leichten Verlauf dieser Erkrankung bei Neugeborenen liegen nach dem Autor in den Besonderheiten des Baues der Mundschleimhaut (Plattenepithel, Verwachsung der Mucosa mit dem Periost, Fehlen von Falten und Drüsen) und in der Eigentümlichkeit der offenen Mundhöhle, die reichlich von der Frauenmilch bespült wird. Alle diese Umstände sollen ungünstige Verhältnisse für die Gonokokken schaffen und ihr Eindringen in die Tiefe verhindern.

Die Diagnose ist meistens nicht schwer zu stellen. In den meisten Fällen machen die besorgten Eltern den Arzt von selbst auf das Leiden aufmerksam. Infolge der heute in allen Volksschichten vorgeschrittenen Aufklärung äußern die Angehörigen häufig von selbst den Verdacht auf eine solche Erkrankung. Noeggerath weist darauf hin, daß bei Kindern gegenüber der Diagnose bei Erwachsenen der Vorteil besteht, daß nur selten, etwa bei Unterbringung der Kinder in einem Heim, ein Grund vorliegt, die Krankheit zu verheimlichen.

Bei geeigneter Behandlung gelingt es meistens, im acuten Stadium der Krankheit Herr zu werden. Zur Verhütung der Uebertragung und zum Schutz der Augen dient am besten das Tragen einer Badehose und einer T-Binde, die auch nachts getragen werden soll. Bisweilen jedoch ist es schwierig, im Frühstadium die Krankheit völlig zu heilen und die Gonokokken zum Verschwinden zu bringen. Die Gonorrhoe nimmt in solchen Fällen einen äußerst chronischen Verlauf. Die Erkrankung kann, wie Noeggerath sagt, monatelang dauern, kann sich sogar über Jahre erstrecken. Sie ist nach seiner Meinung prognostisch quoad sanationem nicht günstig, quoad vitam gut, da Komplikationen seltener sind als bei Erwachsenen. Die Krankheit rezidiviert sehr leicht mit erneuter Sekretion und kann zu einer unberechenbaren Plage werden. Inwieweit auch die inneren Geschlechtsorgane bei Knaben beteiligt werden, ist oft schwer zu beurteilen. Die Krankheit zeigt bei Knaben dieselbe große Hartnäckigkeit wie bei Männern, auch der sorgfältigsten Therapie gegenüber. Deshalb soll man mit der Beurteilung der Erkrankung für die Gesundheit der Kinder vorsichtig sein. Einleuchtend ist auch, daß Uebertragungen der Sekrete auf das Auge bei Kindern leicht vorkommen und so ernste Gefahren für das Sehvermögen entstehen können. Dies kann jedoch bei gonorrhoeinfizierten Kindern leicht vermieden werden, besonders wenn die Krankheit frühzeitig entdeckt wird und die Kinder in ärztliche Kontrolle kommen. Nach der Ansicht Stümpkes ist die Prognose bei Knaben im allgemeinen günstiger als bei Erwachsenen. Uebergänge in chronische Formen sind selten.

Diese Ansführungen zusammenfassend läßt sich folgendes sagen:

1. Das Maximum der Infizierten liegt zwischen 0 und 5 Lebensjahren.

2. Meistens kommen Uebertragungen durch schmutzige Wäsche, gemeinsames Benutzen des Nachtgeschirrs, Zusammenschlafen von vielen Personen in einem Bett und dergl. vor.

Seltener ist eine Ansteckung infolge von Sittlichkeitsverbrechen (im folgenden geben wir eine Anzahl Fälle dieser Art).

3. Gewöhnlich ist die Inkubationszeit wegen des langen Präputiums länger.

4. Der Verlauf der Gonorrhoe der Knaben ist fast der gleiche wie bei Erwachsenen.

5. Dieselben Komplikationen wie bei Erwachsenen können sich einstellen. Ebenso kann das acute Stadium in das chronische übergehen.

6. Die Behandlung ist ungefähr dieselbe wie bei Erwachsenen; Bettruhe, Bäder, Alkalinisation des Urins. Besonders zu beachten ist die Lokaltherapie mit schwachen Silbersalzlösungen erst nach Abklingen der hyperacuten Reizerscheinungen.

Wie auch Stümpke betont, kommen die meisten Uebertragungen von Gonorrhoe der Kinder bei Mädchen vor. Es ist mir deshalb schwierig gewesen, eine größere Anzahl krimineller Fälle von Uebertragungen des Trippers auf Knaben zu finden. Die von mir aus der Literatur ausgewählten Fälle scheinen mir deswegen besonders interessant zu sein, weil jeder einzelne Fall ein eigentümliches und von den andern abweichendes Bild darbietet.

Im Lehrbuch der gerichtlichen Medizin von Fritz Straßmann berichtet Bayard über einen Fall von Gonorrhoe, die durch eine Frau auf einen Knaben übertragen wurde.

„Der eine betraf ein 18 jähriges Mädchen, welches zwei Knaben von 11 und 13 Jahren an sich gelockt hatte, sie durch Betastungen erregte und sich dann über sie setzte „bis zur Erschöpfung“. Es fand sich bei ihr infolge von Anomalien eine so starke Verengerung der Scheide, daß der Beischlaf mit einem Manne nicht möglich war. Sie war trotzdem geschlechtskrank, hatte die Krankheit auf die beiden Knaben übertragen und wurde wohl mit Rücksicht hierauf zu 15 Jahren „travaux forçés“ verurteilt“.

Juristisch ist dieser Fall nach dem Code pénal beurteilt worden. Nach Nr. 321 und 322 im 4. Abschnitt des 3. Buches wird mit Zwangsarbeiten auf eine bestimmte Zeit verurteilt, wer sich eines Verbrechens gegen die Schamhaftigkeit, begangen an einem Kinde unter 15 Jahren, schuldig macht. Wohl mit Rücksicht auf die Ansteckung wurde das Mädchen zu der hohen Strafe von 15 Jahren travaux forcés verurteilt.

Noch einige Fälle aus demselben Lehrbuch: „Caspar hatte einen 6 jährigen Knaben zu untersuchen und fand das Kind mit einem Tripper infiziert, dessen Entstehung sich wie folgt ergab: „Die junge sehr sittsame und züchtig aussehende Erzieherin des Kindes hatte dasselbe oftmals Nachts zu sich an ihre Brüste und Genitalien gelegt und bei dieser Gelegenheit mit einem Tripper, den sie sich durch den heimlichen Umgang mit ihrem Liebhaber zugezogen hatte, angesteckt. Die Verbrecherin wurde freigesprochen".

Casper führt weiter an:

„Der 8 jährige Carl war von beiden Dienstmädchen seiner Eltern längere Zeit mißbraucht worden, indem sie ihn erst manustupierten — wobei Erektion entstand und prostatische Flüssigkeit entleert wurde — und dann den erigierten Teil an ihre Genitalien brachten und sich durch Bewegungen ihres Körpes befriedigten. An dem Kind war der Befund durchaus negativ. Das Glied war verhältnismäßig klein, das Praeputium nicht geschwollen, verschiebbar. Es konnte nicht anders geurteilt werden, als daß der Befund gegen das Kind gerichtete, geschlechtliche Brutalitäten nicht erwiese, daß aber der Annahme nichts entgegenstehe, daß unzüchtige Berührungen stattgefunden hätten".

In dem „Sexualverbrecher" von Dr. Wulffen sind ebenfalls derartige Fälle angeführt.

„Eine Buchhalterin verführte einen 4 jährigen Knaben systematisch zur Unzucht. Eine Mutter nahm ihren leiblichen fünfjährigen Knaben mit sich ins Bett und lehrte ihn Koitusversuche, was er dann an seiner dreijährigen Schwester

wiederholte. Ein Kinderfräulein brachte einem vierjährigen Knaben beischlafähnliche Bewegungen ihr gegenüber bei, wodurch er zur Onanie gelangte. Eine 29 Jahre alte Dame nahm mit ihrem Neffen geschlechtliche Akte vor. Das Modell und die Freundin eines Malers verführten dessen 12jährigen Sohn zur Onanie, Koitus und Cunnilingus. Eine berühmte Schauspielerin verführte einen achtjährigen Knaben, bei dem sie durch Manipulationen Errektion hervorrief, zum Koitus und setzte das Verhältnis 8 Jahre lang fort" und dergl.

In den zuletzt erwähnten Fällen lag allerdings keine Uebertragung venerischer Krankheit vor, aber sie sind doch interessante Beispiele dafür, bei welchen Gelegenheiten ein Knabe von evtl. venerisch erkrankten Frauen angesteckt werden kann. Wäre in allen diesen Fällen erwiesen, daß das Kind mißbraucht worden ist, so sind die betreffenden Täter, auch ohne daß das Kind infiziert worden ist, nach § 176, 3 Str. G. B. zu bestrafen. Dieser § lautet: „Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer mit Personen unter 14 Jahren unzüchtige Handlungen vornimmt oder dieselben zur Verübung oder Duldung unzüchtiger Handlungen verleitet". Angenommen, die Kinder wären durch die oben beschriebenen Handlungen geschlechtskrank geworden, so wäre außerdem der Täter noch wegen Körperverletzung zu bestrafen. Ist die Ansteckung vorsätzlich geschehen, so ist der Täter je nach den Folgen wegen leichter oder schwerer Körperverletzung (§§ 223, bezw. 224 Str. G. B.) ebenfalls zu bestrafen. Liegt nur Fahrlässigkeit vor, so ist § 230 Str. G. B. anzuwenden. Im Falle der §§ 223 und 230 muß gemäß § 232 Str. G. B. ein Antrag des gesetzlichen Vertreters der Kinder auf Strafverfolgung vorliegen. Fehlt der Vorsatz der Gesundheitsbeschädigung, entfällt also die Anwendbarkeit des § 223 Str. G. B., so kann außerdem Strafbarkeit begründet sein nach § 3 der Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 (R. G. Bl., S. 1431): „Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß, oder den Umständen nach annehmen muß, daß er

an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, sofern nicht nach dem allgemeinen Strafgesetz eine härtere Strafe eintritt". Häufig kann gegen den Täter auch wegen Beleidigung vorgegangen werden (§§ 185, 194 Str. G. B.) Hieraus ergibt sich, daß der Täter durch nur eine Handlung regelmäßig mehrere gesetzliche Tatbestände verwirklicht. Gemäß § 73 Str. G. B. kommt nur dann dasjenige Gesetz zur Anwendung, welches die schwerste Strafe, bezw. die schwerste Strafart androht.

Wie wären also nach dem Vorhergehenden die von mir auf Seite 8 angeführten Fälle strafrechtlich zu beurteilen?

Otto Z. aus St. ist von der siebenjährigen Martha E. aus St. angesteckt. Da hier die Täterin noch jugendlich ist, kann eine Strafverfolgung nicht stattfinden, denn nach § 2 des Jugendgerichtsgesetzes ist der nicht strafbar, wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, ehe er 14 Jahre alt geworden ist.

Ist erwiesen, daß die 17jährige Schwester die Grete K. angesteckt hat, und letztere wieder den Otto Z., so kann die 17jährige Schwester wegen der Ansteckung des Knaben, die ja mittelbar erfolgte, nicht strafrechtlich verantwortlich gemacht werden.

Nach diesen Erörterungen, die ein allgemeines Bild über die medizinisch-gerichtliche Beurteilung von Gonorrhoe im Kindesalter und speziell bei Knaben geben, soll im folgenden auf einen bisher noch nicht veröffentlichten Fall eingegangen werden, der in der letzten Zeit in der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Marburg (Lahn) (Prof. Ruete) bei einem 5jährigen Knaben beobachtet worden ist, und der möglichen Falles eine medizinisch-gerichtliche Beurteilung verlangen wird.

Ein Knabe, Wilhelm T., 5 Jahre alt, wurde von Dr. Brand in Biedenkopf der Universitätsklinik eingewiesen. Seit einiger Zeit bestanden Beschwerden beim Urinlassen und in der aller-

letzten Zeit ein eitriger Ausfluß. Die Eltern und eine Schwester sind gesund, weshalb Ansteckung von diesen nicht in Frage kommt. Die Eltern sind mit dem Knaben auf Besuch bei einer Schwägerin (Modistin, 24 Jahre) in Frankfurt a. M. gewesen, und nach der Meinung des Vaters ist der Junge von dieser infiziert worden, da er zeitweise bei ihr geschlafen hat.

Bei der Untersuchung in der Klinik zeigte es sich, daß der Knabe einen reichlichen gelblich-weißen Ausfluß hatte. Die Mündung der Harnröhre war gerötet und geschwollen. Am Praeputium nichts besonderes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Ausflusses waren reichlich intrazelluläre Gonokokken nachzuweisen.

Das ganze Krankheitsbild weist deutlich auf eine acute, bisher noch unkomplizierte Gonorrhoe hin.

Da der Patient frühzeitig in ärztliche Behandlung gekommen ist, da die Gonorrhoe als acut und unkompliziert zu bezeichnen ist, können wir nach dem oben Gesagten die Prognose als nicht ungünstig bezeichnen. Die Behandlung kann jedoch Wochen bis Monate dauern.

Eine juristische Beurteilung dieses Falles ist vor der Hand schwierig, da der Schwägerin noch nichts bewiesen ist. Leidet das Mädchen an Gonorrhoe, dann ist es dem behandelnden Arzt durch seine berufliche Schweigepflicht verboten, den Befund mitzuteilen. Bei Verdacht einer strafbaren Handlung kann aber das Gericht im Laufe des Verfahrens einen Arzt zur Untersuchung auffordern und ihn seiner Schweigepflicht entbinden. Angenommen, es ist erwiesen, daß die Schwägerin an Gonorrhoe leidet, so bleibt es Tatfrage, nach welcher Bestimmung des Str. G. B. sie zu bestrafen ist. Ist die Ansteckung nur durch Sekrete, die sich z. B. auf der Bettwäsche befanden, herbeigeführt, so kann in diesem Falle die Schwägerin nur wegen fahrlässiger Körperverletzung nach § 230 Str. G. B. bestraft werden, wenn der Vater des Kindes den erforderlichen Antrag stellt. Hat sie aber mit den Geschlechtsteilen des Wilhelm T. gespielt oder sogar einen

Koitus versucht oder ausgeführt, so ist der Tatbestand des § 176, 3 Str. G. B. gegeben. Nimmt man vorsätzliche Körperverletzung an, so kommen die §§ 223, 242 Str. G. B. in Frage. Bleiben bei Wilhelm T. keine Folgen zurück, ist der Tatbestand der leichten Körperverletzung (§ 223 Str. G. B.) erfüllt; hat aber die Tat dauernde Folgen, z. B. Verlust der Zeugungsfähigkeit, so ist die Schwägerin wegen schwerer Körperverletzung (§ 224 Str. G. B.) zu bestrafen. Im ersten Falle bedarf es ebenfalls eines Antrages. Falls das Vorliegen des Vorsatzes der Gesundheitsbeschädigung verneint wird, kommt in erster Linie der § 3 der Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 in Betracht (auf Seite 15 zitiert). Als Höchststrafen können also Zuchthaus bis zu 10 Jahren (§ 176 Str. G. B.) oder aber, wenn dieses Strafverfahren überhaupt ausscheidet, nach § 3 der Verordnung von 1918 Gefängnis bis zu 3 Jahren verhängt werden. Außerdem kann der Vater gegen die Schwägerin noch Strafantrag wegen Beleidigung stellen (§ 185 Str. G. B.).

Eine Uebertragung von Gonorrhoe auf Knaben kann bei Unzucht von noch anderer als die vorher erwähnte Art, z. B. Päderastie, erfolgen. Nach Mapes ist das Rectum häufig der Sitz der Gonokokken. Mapes sagt auch, daß öfter als man glaubt und vorher angenommen hat, sowohl beim Mann wie auch beim Weib das Rectum von Gonokokken befallen wird.

Derartige Gonorrhoeinfektionen sollen übrigens bei Frauen sehr häufig vorkommen durch Ueberfließen des Eiters über den Damm und bei Reinigung des Afters nach der Defäkation.

Als Beispiele der Uebertragung venerischer Krankheiten auf Knaben — in diesen Fällen handelt es sich um Lues, es hätte aber ebenso leicht Gonorrhoe sein können — bei erzwungener Päderastie möchte ich folgenden Fall aus Casper Liman anführen: „Es war der 9 Jahre alte Karl, welcher angab, daß ihn der 30jährige Tischlergeselle N. wiederholt auf den Schoß genommen und eine ihm jedesmal sehr

schmerzhafte immisio in anum versucht habe, die er in kindlichen Worten sehr glaubwürdig schilderte. Er bekam Feigwarzen am After und eine syphilitische Halsentzündung, die von den behandelnden Charitéärzten bescheinigt worden waren".

Aus der D. M. W. 1924. Dr. Gumpert:

„Fritz T., 3 Jahre, Vater Arbeiter. Die Mutter sucht die Poliklinik auf, da das Kind an einem Ausschlage leidet. Es fanden sich Leukoderm und breite nässende Kondylome am After. Die Ansteckung ist durch den Onkel, der in dem Hause wohnt, erfolgt".

In diesen beiden Fällen sind die Knaben von den Angeschuldigten angesteckt worden. Diese sind nach § 176, 3 Str. G. B. zu bestrafen, wenn der Tatbestand dieses § verwirklicht worden ist, d. h., die Angeschuldigten die Knaben mißbraucht haben. Die Täter sind deshalb gegebenen Falls der Unzucht, Körperverletzung, des Vergehens gegen § 3 der Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Beleidigung in Tateinheit schuldig und demgemäß nach § 73 Str. G. B. zu strafen.

Schließlich sei noch bemerkt, daß auch Fälle bekannt sind, in denen von weiblicher Seite masturbatorische Excesse an kleinen Knaben ausgeführt wurden. Hierbei ist es aber nicht so merkwürdig, wenn das knabenhafte Glied in einer lebhaften Mädchenphantasie die starke sexuelle Erregbarkeit weckt. Ist der Uebeltäter oder die Uebeltäterin dabei geschlechtskrank, ist er oder sie z. B. tripperkrank, so ist die Uebertragung dieser Krankheit an das kleine unschuldige Kind in den meisten Fällen sehr wahrscheinlich; bei solchen Excessen werden ja die Kinder gezwungen, die Genitalien der Aelteren zu betasten, die männlichen z. B. zu drücken und dann ihre eigenen zu zeigen. Dies alles erklärt die Leichtigkeit der Uebertragung. Mehrere Fälle von derartigen masturbatorischen Excessen sind in der Literatur beschrieben worden, die anzuführen nicht meine Aufgabe ist.

Betrachten wir im großen und ganzen die medizinisch-gerichtliche Seite der jetzt erwähnten Fälle, so treffen wir überall bei den verschiedenen Autoren auf dieselben Ansichten. Hofmann sagt in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin:

„Auch bei Mißbrauch von Knaben durch erwachsene Frauen kommt zuweilen Tripperinfektion vor, meist sind es Dienstmädchen, Kinderfräuleins, Hauslehrerinnen, welche die ihnen anvertrauten Knaben geschlechtlich mißbrauchen, seltener begehen Mütter an ihren Kindern, oder ältere Schwestern an ihren kleineren Brüdern solche Scheußlichkeiten. Dabei kommt es auch zum Anfassen des kindlichen Penis an die Schamspalte, wobei Infektion mit Gonorrhoe erfolgen kann. Da der Penis auch kleiner Knaben erektionsfähig ist, kann ein beischlafähnlicher Akt zustande kommen. Die Tripperinfektion des Knaben beweist noch nicht, daß der Penis erigiert und im Scheidenvorhof gewesen sein muß, denn die Berührung des Penis mit der Vulva — also ein Schändungsact — kann bei reichlicher Sekretion der Vulva zur Infektion der Urethra des Knaben Veranlassung geben".

„Selbstverständlich ist in jedem Fall, in welchem sich eine venerische Infektion bei einer angeblich geschlechtlich mißbrauchten Person ergibt oder auch nur der Verdacht einer solchen besteht, auch der Angeschuldete zu untersuchen, um festzustellen, ob er oder sie an derselben venerischen Affektion leidet oder gelitten hat. Besteht dabei ein venerisches Leiden bei der verdächtigen Person, dann bietet dessen Nachweis meist keine Schwierigkeiten. Dagegen kann ein chronischer Tripper oder Nachtripper sich der ersten Beobachtung entziehen, weshalb es angezeigt ist, wiederholt und insbesonders möglichst lange Zeit nach einer stattgehabten Harnentleerung auf Tripperfäden zu untersuchen".

Bekanntlich kann auch ein Nachtripper, bei welchem nur noch Spuren von Sekret nachweisbar sind, acute Infektionen insbesondere an der sehr zarten und empfindlichen Schleimhaut von Kindern verursachen, wenn das Sekret durch den

Urinstrahl oder bei einem Beischlaf durch das Ejakulat herausgespült wird. So lange stärkere Sekretion vorhanden ist, muß bei einem Erwachsenen, vollsinnigen Menschen angenommen werden, daß er von seiner Krankheit und deren Uebertragbarkeit weiß, weshalb er wegen fahrlässiger Körperverletzung straf- und zivilrechtlich verantwortlich zu machen ist.

Aber bei chronischer Gonorrhoe ist der Verfasser anderer Ansicht. Hier seien die Symptome sehr geringfügig. Da die subjektiven Beschwerden fehlen, kann sich der Träger des Zustandes für gesund halten, besonders wenn er nach Aufhören der stärkeren Sekretion aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden war.

Straßmann schreibt in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin:

„Das Vorhandensein einer Gonorrhoe bei einem Kinde beweist aber ein mit demselben vorgenommenes Stuprum durchaus nicht. Gewiß ist man in der ärztlichen Praxis wegen Angaben, daß der Tripper nicht auf dem gewöhnlichen Wege des geschlechtlichen Verkehrs erworben sei, sehr mißtrauisch, es scheint indes, daß die Schleimhaut der kindlichen Genitalien gegen das gonorrhoische Virus, bei dem überhaupt die Disposition entschieden eine Rolle spielt, besonders empfindlich ist, und es haben sich in neuerer Zeit die Fälle gemehrt, wo wirkliche epidemische Verbreitungen der Gonorrhoe, z. B. durch Schwämme bei gemeinsamen Bädern, durch Wäschestücke und dergl. vorgekommen sind. Sehr zahlreich sind die Fälle von Uebertragung durch Zusammenschlafen mit an gonorrhoischem Fluor leidenden Müttern oder älteren Schwestern. Nicht immer ist es wenigstens in den komplizierten Verhältnissen der Großstadt möglich, dem Ansteckungsmodus nachzugehen".

„Von Einfluß ist hierbei natürlich auch das Ergebnis der Untersuchung des Angeschuldigten, die im Anschluß an derartige Fälle sehr oft angeordnet wird. Ein positiver Befund, der Nachweis eines virulenten Trippers ist geeignet, die An-

nahme, daß durch geschlechtliche Handlungen von seiner Seite die Infektion des Kindes erfolgt ist, ganz wesentlich zu stützen, wenn auch nicht absolut sicher. Weniger Bedeutung kann man einem negativen Befunde zuschreiben. Es ist immer zu bedenken, daß der Tripper inzwischen verschwunden, oder daß die Infektion des Kindes durch einen ganz chronischen Nachtripper geschehen sein kann, und der Nachweis eines solchen nicht stets gelingt; mitunter gelingt es, besonders in der ersten Hälfte des Urins, die aus Schleim mit Beimischung von Epithel- und Eiterzellen bestehenden Tripperfäden zu entdecken, und bei deren mikroskopischer Untersuchung noch Gonokokken und damit die Infektionsfähigkeit nachzuweisen, das ist aber durchaus nicht stets der Fall."

Der Verfasser kommt dann zu dem Ergebnis, daß es vielfach unmöglich sein wird, die noch bestehende Gonorrhoe bei einem Angeschuldigten zu beweisen, und daß wir uns mit der Aussage begnügen müssen, daß trotz der anscheinenden Gesundheit eine Infektion des erkrankten Kindes durch diesen Angeschuldigten nicht ausgeschlossen ist.

Wenn auch die gegenwärtigen Zustände auf dem Gebiete der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nicht gerade als ideal zu bezeichnen sind, so sind sie doch im Vergleich zu früheren Zeiten bedeutend besser geworden. Bisher veröffentlichte Statistiken geben allerdings den Eindruck, daß es zu einer weiteren Zunahme der Erkrankungsziffern nicht gekommen ist, daß aber auch keine Abnahme zu verzeichnen ist. Strafrechtliche Aenderungen und Maßnahmen sind vielleicht noch erforderlich; über ihre Art und ihren Umfang möchte ich mir kein Urteil erlauben.

Mit prophylaktischen Maßnahmen gegen die Möglichkeit einer Infektion der Kinder vorzugehen, erscheint kaum möglich, da man nur durch systematische Untersuchungen der gesamten Umgebung der Kinder sowohl im Hause als auch in der Schule und auf dem Spielplatze etwas erreichen könnte.

Im Elternhaus und in der Schule soll der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten beginnen. In den letzten Jahren haben auch die Schulen durch die Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten viel Nutzen gestiftet, aber leider vernachlässigen die Eltern meistens die sexuelle Erziehung vollkommen.

In den Schulen sollte eine periodische Belehrung der Eltern über die ersten Anzeichen, die Folgen und die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten durch die Schulärzte erfolgen. Weiter sollten obligatorische Untersuchungen der Kinder auf Geschechtskrankheiten bei Aufnahme in Kindergärten, Schulen, Heime, Anstalten, durch geschulte Aerzte vorgenommen werden, damit Infektionsquellen an den Stellen, die am leichtesten zu epidemischer Verbreitung Anlaß geben, sofort entdeckt werden.

Aus den vorher angeführten Fällen geht weiter hervor, daß Gesundheitszeugniszwang für alle Zweige der Kinderpflege unbedingt nötig ist. Wer berufsmäßig mit Kindern zu tun hat, sollte auf Verlangen, besonders bei Antritt einer Stellung, das Gesundheitsattest eines Arztes vorweisen. Es wäre weiter zu wünschen, daß eine Zentralstelle die statistische Erfassung aller vorkommenden Fälle übernehmen könnte, um einen zahlenmäßigen Ueberblick zu gewinnen und die wissenschaftliche und praktische Bearbeitung aller einschlägigen Fragen zu ermöglichen.

In Deutschland besteht wie bekannt bisher keine Zwangsuntersuchung, keine Zwangsbehandlung, keine Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten. Als ein Vergleich mit den Verhältnissen anderer Staaten möchte ich einen Auszug der Lex veneris vom 1. Januar 1919 in Schweden anführen.

Im einzelnen bestimmt dieses Gesetz die Aufgaben der Stadt- und Provinzialärzte, des Gesundheitsinspektors und der Gesundheitsbehörde. Es gibt jedem Bürger das Recht, wenn er krank zu sein glaubt, sich untersuchen, wenn er krank ist, sich auf öffentliche Kosten behandeln zu lassen. Es legt ihm

aber auf der anderen Seite die Pflicht auf, sich behandeln zu lassen und die ärztlichen Weisungen zu befolgen. Es legt dem Arzt die Pflicht auf, den Kranken über die Art der Krankheit aufzuklären und ihm die erforderlichen Anweisungen zu geben, nach der Infektionsquelle zu fahnden und sie evtl. dem Gesundheitsinspektor zu melden, ebenfalls zu melden, wenn der Patient sich nicht nach den ärztlichen Weisungen richtet oder die Behandlung abbricht.

Ueber die Vorteile, bezw. Nachteile dieses Gesetzes möchte ich mir kein Urteil erlauben. Jedenfalls steht fest, daß das geeigneteste Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Aufklärung der Bevölkerung ist, eine gesundheitliche Ueberwachung der Geschlechtskranken und der krankheitsverdächtigen Personen beiderlei Geschlechts, soweit eine Uebertragung der Krankheit von ihnen auf andere zu befürchten ist. Um die den Kindern drohenden Gefahren abzuwenden, sollten sogar die gesunden Mitglieder einer Familie, in der ein Krankheitsfall vorliegt, ärztlich beobachtet werden. In Deutschland ist der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch nicht angenommen worden. Vom sozial-hygienischen Standpunkt aus wäre durchaus zu wünschen, daß die strafrechtlichen Aenderungen und Maßnahmen gebilligt würden.

Am Schluß meiner Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem früheren hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Ruete, für die freundliche Ueberlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Anton Hilbert Oernwigh, wurde am 28. Mai 1898 zu Malmö (Krs. Malmöhuslän), Schweden, als Sohn des Fuhrwerksbesitzers Sven Andersson und seiner Ehefrau Ida, geb. Johansson, geboren. Vom 6.—10 Jahre besuchte ich die Volksschule zu Malmö, von 1907—1913 war ich auf dem Real- und Lateingymnasium zu Malmö und erwarb in der Universitätsstadt Lund (Schweden) auf dem Lateingymnasium das Reifezeugnis. 1914—1917 war ich als Lehrling in einer Apotheke in Lund angestellt. 1917—1918 studierte ich am pharmazeutischen Universitätsinstitut in Stockholm, und erwarb im März 1918 das schwedische „pharm. kand.“-Zeugnis. Danach war ich als Provisor in verschiedenen Apotheken angestellt. 1921 wurde ich an der medizinischen Fakultät in Marburg immatrikuliert. Im Februar 1923 bestand ich die zahnärztliche Vorprüfung und im Herbst 1924 an derselben Universität das zahnärztliche Staatsexamen. Das schwedische „pharm. kand.“-Examen wurde mir vom Wohlfahrtsministerium in Berlin als ein klinisches Semester angerechnet. Nach dem Staatsexamen belegte ich noch ein Semester an derselben Fakultät in Marburg. März—Juni 1925 studierte ich am zahnärztlichen Institut in Stockholm (Schweden) zwecks Erlangung der schwedischen Approbation.